

TITRES
ET
TRAVAUX

DE
D^r G. POTEL

AGENT GÉNÉRAL DE L'ÉDITION ORIENTALE
À LA FACULTÉ DE LILLE.



PARIS
G. NAUD, ÉDITEUR
3, RUE RACINE, 3

—
1904

I

TITRES

Ancien interne des Hôpitaux de Lille.

Docteur en médecine, 1897.

Chef de clinique chirurgicale, hôpital de la Charité, 1897-1901.

Assistant de clinique chirurgicale, 1902-1903.

Secrétaire de la rédaction de *l'Écho médical du Nord*.

Membre de la Société centrale de médecine du Nord.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Lauréat de la Faculté de médecine de Lille.

1893. Anatomie. 1^{re} médaille.

1894. Chirurgie. 1^{re} médaille.

1895. Médecine. 1^{re} mention.

Récompense du Ministère de l'Instruction Publique.

Prix Parise (chirurgie).

Prix des Amis de l'Université.

Prix de thèses.

Lauréat de l'Académie de médecine. Prix Godard.

ENSEIGNEMENT

Conférences d'Internat, 1897-1900.

Conférences de Sémiologie chirurgicale et d'exploration clinique.

Hôpital de la Charité, 1898-1902.

SERVICES HOSPITALIERS

Clinique chirurgicale de l'Hôpital de la Charité.

Service de M. le P^e Dubar (suppléance, août et septembre 1900 et 1901).

Pavillons V. Olivier, service chirurgical (suppléance, août et septembre 1900-1901, 1902-1903).

II

TRAVAUX

A. — CHIRURGIE

Tumeurs.

Le botryomycome. En collaboration avec M. le P^r agrégé Carrière. *Presse médicale*, Paris, 1902, n° 40.

Le botryomycome paraît constituer une affection très rare dans la région du Nord, car nous avons été les premiers à en relater deux observations typiques.

Dans le premier cas, une jeune fille présentait sur la face dor-



FIG. 1.

sale de l'index une petite tumeur framboisiforme développée sur une cicatrice.

La tumeur, examinée au microscope, permet de constater au niveau de sa base d'implantation une prolifération très marquée des cellules de la couche kératodermique et des altérations notables des cellules des corps muqueux. La couche des cellules à éléidine n'existe pas.

Au niveau de la tumeur elle-même, les couches normales du derme disparaissent progressivement de la périphérie vers le centre. On voit la couche kératodermique s'épaissir et devenir foliacée. Enfin, l'assise génératrice disparaît elle-même pour se fondre dans

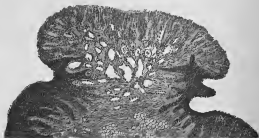


FIG. 2.

le tissu néoplasique. Il s'est formé un tissu de néoformation, constitué par des boyaux irréguliers, contenant des cellules en voie de karyokynèse, et disposés en forme de prolongements, simulant des papilles normales du derme.

Les parties centrales de la tumeur sont constituées par du tissu embryonnaire fibreux, limitant des cavités irrégulières, ne renfermant aucun élément défini. Les glandes sudoripares présentent une hyperplasie tabulaire, et une prolifération des cellules épithéliales qui les tapissent. Les recherches bactériologiques n'ont permis de déceler que des staphylocoques.

Le 2^e cas observé chez un adulte présentait un aspect macroscopique et microscopique analogue.

Nous n'avons retrouvé nulle part les éléments muriformes décrits primitivement sous le nom de botryocoques, et nous croyons avec Sabrazès et Laubie, qu'une infection microbienne banale, par le staphylocoque doré, seul ou associé, peut donner naissance à un nodule présentant tous les caractères de l'adénofibrose botryomycosique de Poncet et Dor.

Les lipomes intramusculaires. En collaboration avec M. le P^r Dubar. *Écho médical du Nord*, 1902, p. 325.

Les lipomes si fréquents au niveau du tissu cellulaire sous-cutané se développent rarement à l'intérieur des muscles. On n'en connaît qu'une vingtaine de cas (Les lipomes de la langue et les lipomes intermusculaires ne rentrent pas dans le cadre de notre étude).

Le traumatisme paraît avoir une influence étiologique (cas de Tédénat). Tous les muscles de la vie de relation peuvent être le siège de lipomes. Les plus fréquemment atteints sont le biceps et le grand pectoral. Les symptômes par lesquels se manifeste la présence du lipome sont des plus rudimentaires, souvent on ne les constate que lorsqu'ils ont déjà acquis un certain volume. Il est rare que l'on puisse constater les signes habituels des lipomes : lobulation, mollesse, fausse fluctuation, etc.

Le diagnostic est difficile, et certaines circonstances que l'on trouve relatées dans les observations (coexistence d'autres tumeurs, de mal de Pott, accroissement très rapide, etc.) peuvent contribuer à rendre ce diagnostic presque impossible.

Mais ce qui consolera le chirurgien de son erreur, c'est l'agréable surprise d'une intervention aisée, les lipomes intramusculaires se laissant en général énucléer avec la plus grande facilité.

Les tumeurs bénignes du voile du palais, d'origine conjonctive. En collaboration avec M. le P^r Dabar. *Écho médical du Nord*, 1900, p. 588.

Après avoir esquissé une classification générale des tumeurs que l'on peut rencontrer au niveau du voile du palais, classification destinée à montrer la place occupée, dans le cadre des néoplasmes, par la catégorie des tumeurs que nous nous proposons d'étudier, nous abordons l'étude des seules tumeurs bénignes, d'origine conjonctive. Les *fibromes* sont d'autant plus rares que l'on soumet à une critique plus sévère les différentes observations publiées. Nous en avons observé un cas très net. L'examen histologique pratiqué sur de nombreuses coupes n'a permis de déceler que des tourbillons de cellules fusiformes, ondulées à noyau coloré. Les vaisseaux avaient une paroi propre. Nulle part on ne trouvait de glandes plus ou moins atrophiées. Il s'agissait d'un fibrome pur.

Nous n'avons sur les *chondromes* que des renseignements assez vagues, et des examens histologiques trop incomplets, de sorte qu'il est souvent difficile d'affirmer s'il s'agit d'un véritable chondrome ou d'une tumeur mixte avec points chondromateux.

On connaît plusieurs cas de *lipomes* du voile du palais. Ces tumeurs se développent assez rapidement, et provoquent des troubles fonctionnels menaçants, leur extirpation est facile.

La critique des observations de *myxomes* montre qu'il n'y a jusqu'à présent aucun cas de myxome pur du voile du palais. Les faits publiés se rapportent à des tumeurs mixtes dont certains points ont subi la dégénérescence myxomateuse.

Les *papillomes* sont les plus fréquentes des tumeurs bénignes du voile du palais. Leur volume est rarement considérable, mais ils amènent rapidement des troubles fonctionnels gênants (toux, déglutitions fréquentes, spasme laryngo-pharyngé). Le pronostic est bénin,

mais on les a vu se transformer en tumeurs malignes, aussi devra-t-on toujours conseiller leur extirpation.

Pour diagnostiquer la nature de ces tumeurs, il faut faire table rase des signes fonctionnels qui sont dus uniquement au volume de la tumeur. La palpation et au besoin la ponction, permettront d'éliminer les tumeurs liquides (angiomes, hématomes, abcès froids, kystes dentaires ectopiés, kystes dermoïdes).

Le papillome est pédiculé. Le chondrome particulièrement dur.

Le point délicat est de distinguer les tumeurs mixtes (au début elles sont latérales) des fibromes purs (qui paraissent se développer plus volontiers au voisinage de la ligne médiane).

Il faut intervenir aussitôt qu'on le peut. L'extirpation est en général facile.

Ostéosarcome du maxillaire inférieur ayant amené l'éruption de la dent de sagesse au sommet de l'apophyse coronéide. *Écho médical du Nord*, 1899, p. 333.

Sur un cas de myxome du bras avec zone périphérique sarcomateuse.
Pronostic des myxomes. *Écho médical du Nord*, 1898, p. 46.

Note sur le pronostic des tumeurs myxomatenses des membres. *Écho médical du Nord*, 1899, p. 582.

Un malade suivi pendant près de deux ans dans le service de M. le P^r Dubar présentait un myxome volumineux au niveau de la partie supéro-externe du bras droit.

L'examen histologique montra que la tumeur était constituée dans sa presque totalité par du tissu muqueux, mais qu'il existait à la périphérie une très mince zone (à peine quelques dixièmes de millimètre) de tissu conjonctif embryonnaire d'aspect sarcomateux.

Et nous demandions quel était le sort réservé à ce malade. His-

tologiquement le tissu muqueux est un tissu de transition vers le tissu cellulo-adipeux, mais pour Virchow, il aurait son individualité propre (aussi Delbet range-t-il les myxomes parmi les néoplasmes ayant pour paradigme des tissus adultes) tandis que pour Ranvier,



FIG. 2.

le myxome ne serait jamais qu'un tissu de transition. Et les tumeurs qu'il forme peuvent évoluer vers un type adulte (fibrome, lipome) ou rester à l'état embryonnaire (tumeurs malignes). Si l'on examine les faits cliniques, on voit que dans les cas où les malades ont été

suivis un temps suffisamment long, on a noté le plus souvent des récidives et la mort, ce qui n'est point le fait des tumeurs adultes.

A notre avis, dans l'examen d'une pièce de tumeur myxomateuse, l'élément myxome doit tenir peu de place. Il s'agit d'un tissu de transition, et ce qui est important de connaître c'est si ce tissu évolue vers le stade adulte (fibrome, etc.) ou si, au contraire, la portion envahissante périphérique, la portion véritablement proliférante n'est pas constituée par du tissu embryonnaire. C'est cette mince zone sarcomateuse qui imprime à la tumeur son cachet de gravité, c'est elle seule qui règle le pronostic.

Le malade est revenu 8 mois après l'intervention avec une récidive considérable. Une nouvelle ablation montra une tumeur identique à la première, c'est-à-dire une portion centrale de 25 centimètres de diamètre formée de tissu myxomateux, et une fine cuticule périphérique, d'un demi-millimètre d'épaisseur constituée par plusieurs assises de cellules embryonnaires.

Instruits par la première expérience, nous avons fait une réserve formelle sur le pronostic de cette affection. Les événements nous ont malheureusement donné raison car le malade nous est revenu quelques mois après, en pleine généralisation sarcomateuse.

Malformations congénitales.

Sur l'absence congénitale de la rotule. En collaboration avec M. le P^r Phocas.
Revue d'orthopédie, 1896, p. 342.

Dans ce travail nous avons réuni 30 cas d'absence congénitale de la rotule. Plus tard nous avons repris cette question et l'avons étendue considérablement dans notre thèse inaugurale.

Il faut distinguer les cas où l'absence de la rotule coïncidait avec d'autres malformations squelettiques, et ceux où la rotule est atrophiée par suite d'une luxation congénitale, pour n'étudier que les cas où le syndrome clinique est constitué par la seule absence de la rotule.

L'étiologie de cette affection est obscure. L'hérédité est notée dans certains cas. L'affection peut être unilatérale ou bilatérale.

Dans tous les cas on trouve des altérations physiologiques du quadriceps qui peut être atrophié, paralysé ou contracturé. Cette importante constatation nous amène à admettre la théorie pathogénique suivante.

La rotule n'est en somme qu'un os sésamoïde développé dans le tendon du quadriceps, et son apparition et son développement sont intimement liés au développement normal du muscle. Le point patellaire n'apparaissant qu'après le 3^e mois de la vie fœtale, si le muscle est frappé, troublé dans son évolution avant l'apparition du point cartilagineux, la rotule ne se développe pas, il y a absence de la rotule ; si au contraire la paralysie frappe le quadriceps à un stade ultérieur la rotule existe, mais considérablement atrophiée.

Ce qui semble démontrer le bien fondé de cette théorie pathogénique, c'est que si après la naissance, on arrive, par un traitement approprié (massage, électricité), à rendre un fonctionnement physiologique au quadriceps, on peut voir la rotule apparaître et se développer (Kroenlein, Joachimsthal).

L'absence congénitale de la rotule est une affection facile à reconnaître mais à condition de savoir la dépister. Le genou est aplati en avant, la fossette intercondylienne est vide. Le triceps est atrophié. Il existe fréquemment d'autres malformations concomitantes (pied bot).

Les signes fonctionnels varient suivant le degré d'altération des muscles extenseurs et fléchisseurs.

Le pronostic au point de vue de la fonction du membre est sérieux. Mais il peut être très amélioré grâce à un traitement orthopédique soigneux. Il faut avant tout chercher par le massage, l'électricité à restaurer les muscles atrophiés et ne recourir aux interventions sanglantes que dans des cas exceptionnels.

*Étude sur les malformations congénitales du genou. Thèse, Lille, 1897.
Prix Godard.*

À l'époque où nous avons écrit cette monographie, il n'existait aucune étude d'ensemble des différentes malformations du genou. Grâce à des recherches bibliographiques aussi complètes que possible, et à l'enquête que nous avons faite auprès d'un grand nombre d'orthopédistes étrangers, nous avons pu réunir 273 observations de difformités intéressant la région du genou.

Après avoir rappelé les points les plus intéressants de l'anatomie comparée et du développement embryogénique de l'articulation du genou, nous abordons l'étude des malformations que nous divisons en trois grands groupes.

1° Malformations d'origine osseuse.

2° Malformations d'origine neuromusculaire.

3° Malformations d'origine ligamenteuse (action musculaire secondaire.)

A. — Malformations d'origine osseuse.

1° Fémur.

a. *Absence du fémur* (19 cas). — Nous laissons hors de notre description les cas de phocomélie proprement dite. Il est rare que le fémur soit disparu en totalité. Il est parfois représenté par une ban-

delette fibreuse allant de l'os iliaque au fémur. L'extrémité inférieure du fémur persiste souvent, mais soudée au tibia de telle sorte que la néarthrose rudimentaire se trouve reportée au-dessus du rudiment fémoral.

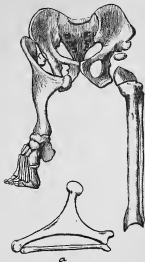


FIG. 4.

β. *Absence des condyles du fémur.* — On peut noter l'absence d'un seul condyle, avec luxation consécutive de la rotule, ou des deux condyles. L'extrémité inférieure du fémur se termine par une pointe effilée, et la jambe se luxé en arrière et en haut.

γ. *Bifurcation de l'extrémité inférieure du fémur.* — Rare, 3 cas.

Le fémur se bifurque. Le tibia ne s'articule qu'avec un seul condyle.

2° *Tibia.*

α. *Absence du tibia.* — Plus fréquente, 51 cas.

Il peut exister un rudiment de tibia qui, entraîné par le quadriceps, remonte sur la face antérieure du fémur.

Le plus souvent, l'extrémité supérieure et la diaphyse manquent. Le péroné se luxé en arrière. Il se forme un sac capsulaire très lâche permettant des mouvements plus ou moins étendus.

On a pratiqué dans ces cas des résections (atypiques, encoche fémorale destinée à recevoir la tête du péroné). Cette opération doit être précoce.

3° *Péroné.*

Absence du péroné. — Malformation fréquente. L'articulation du genou est peu intéressée. La rotule peut manquer, être atrophiée ou luxée.

4° *Absence du tibia et du péroné.*

Le pied s'articule directement avec le fémur. Le pied peut être intact ou malformé.

B. — Malformations d'origine musculaire (ou neuromusculaire).

1° *Genu recurvatum congénital.* — Appelé à tort par certains auteurs luxation congénitale.



FIG. 5.

Nous avons pu réunir 78 observations de cette malformation.

C'est l'examen approfondi de ces observations qui nous a amené à édifier une pathogénie nouvelle.

Etiologie. — Le genu recurvatum est plus fréquent chez les filles que chez les garçons (3/1), dans la moitié des cas il est double. L'hérédité ne paraît pas avoir une influence marquée.

Certaines particularités ont été observées pendant la grossesse (traumatisme, infection de la mère, hydramnios, hydrométrie) ou pendant l'accouchement (difficultés de l'accouchement dues à ce fait que le pied peut se montrer à la vulve en même temps que le cou).

Symptômes. — La jambe est en hyperextension, fléchie en avant, faisant avec le fémur un angle à sinus antérieur, plus ou moins aigu. Les orteils peuvent toucher l'abdomen et même la face antérieure des cuisses. En avant on constate des plis de flexion. Si l'on essaie de mettre la jambe en extension normale et de la fléchir, on constate une résistance très nette due à l'action du triceps, souvent raccourci et tendu comme une corde. Si on lâche le membre, la jambe revient violemment, comme mue par un ressort à sa position primitive.

L'état de la rotule est important à noter car, pour nous, ce point permet de fixer approximativement à quel âge de la vie foetale remonte l'affection. La rotule peut être à peu près normale, atrophiée ou absente.

Il existe souvent des malformations concomitantes (pied bot, contractures, etc.).

Anatomie pathologique. — L'autopsie et la dissection d'enfants atteints de genu recurvatum ont été faites par un assez grand nombre d'auteurs. Jamais on n'a trouvé de disjonction épiphysaire. Les extrémités articulaires du fémur et du tibia sont normalement développées. Les extenseurs sont contractés. Si l'on vient à les sectionner (Plagemann) et à mettre la jambe en extension normale, on constate un écartement notable entre les deux tranches de section.

Nature du genu recurvatum. — Les classiques admettent encore la théorie de Gueniot d'après laquelle le genu recurvatum serait le résultat d'une disjonction épiphysaire. *Pour nous*, au contraire, *cette affection est due à une rétraction du muscle triceps pendant la vie fœtale.* En effet toutes les autopsies démontrent qu'il n'existe jamais de disjonction épiphysaire, mais en revanche la contracture du triceps est constante. Si l'on rompt le triceps par une flexion forcée d'avant en arrière (Phocas, Robertson, Gueniot) ou si l'on sectionne le tendon à ciel ouvert (Owen, Plagemann) la déformation se réduit instantanément. L'état de la rotule permet de fixer la date où le triceps a été frappé (avant ou après le 3^e mois de la vie intra-utérine). Cette rétraction ne peut s'expliquer par la compression utérine, nous admettons un trouble de développement du muscle, la lésion primitive étant musculaire ou neuromusculaire.

Le traitement doit être précoce. Le massage donne d'excellents résultats. Au besoin, on maintiendra la correction par des appareils orthopédiques.

2^e *Absence de la rotule. Atrophie de la rotule* (voir plus haut). — Ces malformations de la rotule sont intéressantes à noter, surtout par ce fait qu'elles sont la traduction tangible de l'état fonctionnel du triceps fémoral, et qu'elles portent pour ainsi dire la signature et la date de l'accident qui a frappé l'évolution du muscle. Ce n'est point une entité morbide, mais on retrouve ces anomalies patellaires chaque fois que le triceps a été atteint.

3^e *Bipartition de la rotule.* — Un seul cas de Grüber. La lésion était symétrique.

4^e *Absence du quadriceps crural.* — Affection rare (Drachmann, Turner).

5^e *Contracture des fléchisseurs.* — L'enfant reste fixé dans une position qui ressemble à celle du fœtus, *in utero*. Les extenseurs sont souvent atrophiés, et répondent à peine à l'excitation électrique. Les

fléchisseurs sont contracturés. Il existe fréquemment des contractures des muscles des membres supérieurs.

Nous croyons que c'est dans des lésions frappant le système nerveux ou musculaire du fœtus, et non dans une compression utérine ou amniotique qu'il faut chercher l'explication de ces malformations.

C. — Malformations ligamenteuses et musculaires.

1° Luxations congénitales de la rotule.

Luxation en haut, ou plutôt déplacement en haut car il ne s'agit

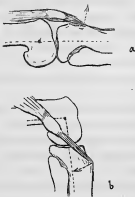


FIG. 6.

Schéma expliquant le mécanisme de la chute dans les luxations intermittentes de la rotule. —
a. Le tendon reste au-dessus du centre des mouvements fémoro-tibiaux et reste extenseur. —
b. Le tendon luxé en arrière du centre de rotation devient fléchisseur de la jambe sur la cuisse.

pas à vrai dire de luxation. La rotule est plus ou moins remontée sur la cuisse.

Luxation en dedans. — Un seul cas de luxation intermittente (Périat).

Déplacement antéro (Lannelongue). — Pendant la flexion, la rotule disparaît dans l'entre-bâillement articulaire.

Luxation en dehors. — Cette variété est de beaucoup la plus fréquente (50 cas) et la plus complexe. Il existe une forme transitoire et une forme permanente.

Forme transitoire: la rotule dans l'extension occupe sa place normale, dans la flexion elle se luxe en dehors, la marche facile sur un terrain plat devient très difficile sur un terrain accidenté. La montée des escaliers peut être impossible.

Forme permanente: la rotule, très atrophiée est fixée sur le condyle externe. La marche est possible. Parfois le malade marche en fauchant, le triceps agissant comme extenseur et comme abducteur.

L'hérédité joue un rôle manifeste dans la production de ces malformations.

2° *Le genu valgum congénital* existe rarement à l'état isolé, mais on le trouve fréquemment associé à d'autres malformations du genou.

3° *Le genu varum congénital* est exceptionnel. 1 seul cas (Towsend).

4° *Luxation congénitale du genou*.

Forme intermittente. — Due à une laxité extraordinaire des ligaments articulaires. La luxation peut être volontaire.

Forme permanente. — Le genou peut être luxé en avant (4 cas), en dedans (2 cas), en dehors (1 cas), en arrière (6 cas). Muller a pu faire l'autopsie intéressante d'une de ces malformations.

Le genu recurvatum congénital. *Echo médical du Nord*, 1897.

Absence congénitale du troisième cartilage costal. *Echo médical du Nord*, 1899, p. 33.

Crâne.

A propos d'un cas de fracture du crâne. *Bulletin médical du Nord*, 1895, p. 131.

Chez un blessé présentant une fracture comminutive ouverte de la région temporale, avec rupture du sinus latéral, nous avons constaté de la tachycardie (120 pulsations) avec hypothermie (34°). Le nombre des pulsations a augmenté progressivement jusqu'à la période agonique. Le pouls lent, dit cérébral, traduit non un traumatisme, mais une compression cérébrale. Dans le cas où il existe une abondante hémorragie externe, on peut observer un pouls très rapide, probablement dû à l'anémie bulbaire.

Arthropathie symétrique des coudes paraissant consécutive à une fracture de la base du crâne. *Écho médical du Nord*, 1899, p. 439.

Un enfant de 14 ans tombe d'un lieu élevé sur la tête.

Il présente tous les signes d'une fracture de la base du crâne. Quelques mois après l'accident apparaissent des troubles de l'ouïe (surdité) et une arthropathie symétrique des coudes. Il n'y a point de déformation, mais il existe des gros craquements secs et une limitation des mouvements. Le malade ressent des douleurs quand il fait un travail un peu exagéré. L'état est resté stationnaire depuis 8 ans.

Nous croyons être autorisé à établir un lien de causalité entre l'accident crânien et la lésion articulaire. Jeannel, Chipault, Morandau ont vu des arthropathies consécutives à des fractures du rocher. Chareot les avait observées chez des hémiplegiques. Albertoni a pu produire expérimentalement chez le chien des lésions articulaires

en détruisant le girus sigmoïde. Drouin a chez une femme trouvé à l'autopsie un foyer hémorragique ancien dans la couche optique droite, et des végétations osseuses et cartilagineuses dans les articulations de la hanche et de l'épaule gauches.

Aussi, après avoir discuté les diverses hypothèses que l'on peut émettre en présence de semblables lésions, nous croyons devoir rattacher l'arthropathie que nous avons observée, au traumatisme encéphalique ancien.

Foie. Rate.

Les migrations pleurales des abcès du foie. En collaboration avec M. le Pr Dubar. *Écho médical du Nord*, 1901, p. 593.

Laissant de côté les pleurésies par propagation (infection lymphatique) et les vomiques, nous limitons notre sujet à l'étude des cas où la collection hépatique après avoir ulcéré le diaphragme se déverse en bloc dans la cavité pleurale.

L'origine des abcès peut être variable (kystes hydatiques suppurés, abcès d'origine dysentérique, angiocholitique, etc.).

L'irruption du pus dans la plèvre est souvent annoncée par des symptômes particuliers, douleur en bretelle (Fontan) suraiguë, dyspnée, angoisse, toux sèche quinteuse, etc.

Les signes objectifs, matité, souffle, etc., marquent aussi la participation de la plèvre. Il est bon de savoir que la ponction reste souvent blanche. L'œdème pariétal ascendant est un bon signe de diagnostic.

Le pronostic de ces migrations pleurales est d'autant plus grave que l'on tarde davantage à intervenir. La pleurotomie hâtive donne de beaux résultats (Moutard Martin, 7 guérisons sur 8 cas).

Abcès du foie. Opération de Stromeyer Little. Guérison. *Écho médical du Nord*, 1898, p. 83.

Rupture de la rate par coup de pied de cheval. *Écho médical du Nord*, 1898, p. 199.

Mésentère.

Sur la pathogénie de quelques kystes du mésentère. *Écho médical du Nord*, 1902, p. 101.

Sur la pathogénie de certains kystes du mésentère. *Bull. et mém. société de chirurgie*, 1904.

La transformation kystique des anciennes adénopathies tuberculeuses a été admise depuis longtemps (Potain, Duplay, Lannelongue).

Nous avons émis l'opinion que certains kystes du mésentère devaient reconnaître cette origine, mais nous nous gardons bien de généraliser, et d'étendre cette cause étiologique à la majorité des tumeurs kystiques si complexes que l'on peut rencontrer au niveau du mésentère.

Deux faits que nous avons observés et opérés nous ont fait admettre cette hypothèse, et l'examen histologique du second cas, présenté à la Société de chirurgie paraît devoir la fortifier singulièrement.

Dans notre 1^{re} observation, il s'agissait d'une femme d'une cinquantaine d'années, ayant eu dans son enfance le carreau (tuberculose des ganglions mésentériques). Sa tumeur volumineuse contenait, nageant dans un liquide louche, des débris caséiformes

pareils à ceux que l'on observe dans les très anciens abcès froids. La paroi présentait des incrustations calcaires.

La seconde observation est plus intéressante. Une jeune fille, nettement tuberculeuse (adénopathies multiples, etc.), présente depuis 3 ans une tumeur qui se développe lentement. L'opération permet d'enlever un gros kyste du mésocôlon transverse, et tout à côté du kyste un gros ganglion, présentant un point de caséification.

L'examen histologique a permis d'établir une sorte de filiation entre la tumeur kystique et le ganglion.

Au centre du ganglion il existait un foyer nécrotique, formé aux dépens du tissu ganglionnaire, encapsulé par une coque fibro-hyaline. Dans cette coque on a pu déceler et retrouver des cellules géantes caractéristiques.

La paroi du kyste présentait avec la coque du foyer nécrobiotique des analogies remarquables, même structure conjonctive, même transformation hyaline sans cependant que l'on puisse y déceler des traces nettes de lésions tuberculeuses. Cette complète analogie de structure entre les deux parties, l'une kystique, l'autre ganglionnaire nous permet de croire qu'il y a plus qu'un simple rapprochement et que le kyste que nous avons observé est le résultat de la transformation d'une vieille adénopathie tuberculeuse.

Hernies.

Hernie de la vessie rencontrée au cours d'une kélotomie en même temps qu'un sac déshabité et une entéro-épiploécèle (En collaboration avec M. le P^r Dubar). *Echo médical du Nord*, 1899, p. 43.

Un malade se présente avec une hernie globuleuse de la région inguinale. La hernie ne descend pas dans le scrotum. Le malade

ne se plaignait pas de troubles de la miction. A l'opération on trouva : 1° un sac déshabité et fermé, fait d'autant plus remarquable que le sujet n'avait jamais porté de bandage ; 2° une entéro-épiplocèle et enfin une portion assez notable de la vessie. Le réservoir urinaire fut ouvert au cours de la dissection, on sutura, cure radicale. Les suites opératoires furent très simples. Le malade interrogé plus minutieusement après l'intervention reconnut avoir eu des troubles urinaires caractérisés par des douleurs intermittentes dans la région inguinale ; au moment de la miction la hernie augmentait de volume et la douleur obligeait le malade à s'arrêter momentanément.

Nous insistons au point de vue du diagnostic de la cystocèle herniaire sur ces troubles de la miction qu'il faut dépister soigneusement, et sur l'aspect clinique de la cystocèle qui forme une masse globuleuse sus-pubienne, mais ne descend pas dans le scrotum.

Hernie ombilicale étranglée par vive arête, kélotomie. Guérison. *Echo médical du Nord*, 1898, p. 68.

Hernie par glissement du côlon iliaque. *Echo médical du Nord*, 1903.

Chez un malade, atteint d'une volumineuse hernie inguinale, et à qui nous avons longtemps refusé l'intervention pour des troubles cardio-pulmonaires sérieux, nous avons trouvé une hernie du côlon iliaque.

La dissection put être faite rapidement grâce à l'existence d'un sac cellulo-fibreux qui permit de libérer la hernie des organes voisins. L'ouverture du sac montra que le côlon faisait partie de la paroi postérieure de l'enveloppe herniaire. En avant, on trouvait quelques anses libres d'intestin grêle. Nous fîmes parallèlement à l'anse colique une incision intéressant uniquement le péritoine. Avec une compresse nous pûmes décoller le côlon et ses vaisseaux, le réduire et fermer au-dessus de lui cette paroi sacculaire qui ne présentait plus

de revêtement péritonéal qu'à la partie supérieure et antérieure. L'état de l'opéré était trop grave pour songer à pratiquer une colopexie. Le résultat opératoire fut d'ailleurs excellent. Le malade fut et resta guéri.

Appendice.

Une observation curieuse d'appendicite. *Echo médical du Nord*, 1900, p. 483.

Chez un enfant de 11 ans, ayant déjà présenté depuis plusieurs années des coliques appendiculaires, éclate une crise de péritonite subaiguë. L'abdomen est ballonné. La fosse iliaque droite n'est pas empâtée, même elle semble vide. Le toucher rectal permet de constater une tuméfaction douloureuse entre la vessie et le rectum et s'étendant plutôt vers la gauche.

Les phénomènes douloureux, empatement, etc., augmentent dans la fosse iliaque gauche. Opération. Incision à gauche. Ouverture d'une collection purulente au milieu des anses intestinales agglutinées.

Trois jours après l'opération, le petit malade rend par l'anus 300 grammes de sang. L'état est d'abord inquiétant puis se remonte. Pendant quelques jours le pansement contient des matières fécales. Huit jours après l'opération la fistule stercorale se tarit, en même temps on constate que la tuméfaction siégeant sur la ligne médiane entre la vessie et le rectum, progresse vers la fosse iliaque droite. Elle y arrive et l'on sent à la place vide auparavant un boudin induré qui peu à peu se résorbe. La guérison fut complète. Il nous parait possible d'expliquer ces phénomènes de la façon suivante :

Les crises antérieures d'appendicite ont dû amener des adhérences avec l'intestin grêle, celui-ci, dans ses déplacements aura tiré sur

l'appendice et par suite sur le cæcum, et l'aura amené sur la ligne médiane. Une inflammation aiguë survient (abcès appendiculaire à gauche), amène le sphacèle et la section de l'appendice (fistule stercorale). Le cæcum libéré de ses amarres retourne à sa place normale et y achève sa guérison.

Un cas de calcul appendiculaire. *Echo médical du Nord*, 1900, p. 104.

Au cours d'une intervention pour appendicite aiguë on trouva un appendice oblitéré par un calcul poli, dur, gros comme un haricot. En amont, il existait une poche avec perforation de la paroi.

Vessie.

Rupture traumatique de la vessie. Laparotomie. Guérison. *Echo médical du Nord*, 1903.

Rupture extrapéritonéale consécutive à un choc violent de la région hypogastrique, épanchement urineux abondant dans la cavité de Retzius. Laparotomie quatre heures après l'accident. Guérison.

Cystite hémorragique consécutive à une injection accidentelle d'eau phéniquée. *Echo médical du Nord*, 1899, p. 259.

Une jeune femme, croyant prendre une injection vaginale, injecte dans sa vessie deux cents grammes d'eau phéniquée (non dosée). Elle présente une cystite suraiguë, surtout remarquable par l'hématurie très rebelle à laquelle elle donna lieu. Cette hématurie dura près de deux mois.

M. le P^r Dubara a observé un cas analogue, où les hématuries furent plus graves encore et s'accompagnèrent d'exfoliation de la muqueuse.

La gravité du pronostic dépend en grande partie du titre et de la quantité de la solution injectée.

Fistule vesico-cervico-vaginale. Opération par le procédé du dédoublement. Guérison. *Écho médical du Nord*, 1901, p. 401.

Une femme de 38 ans présente une large fistule vesico-cervico-vaginale consécutive à un accouchement laborieux. L'orifice admet l'index. La lèvre antérieure du col est détruite. Le doigt suivant la paroi supérieure du vagin pénètre facilement dans la vessie.

Nous avons employé le procédé suivant :

1^o Dissection du lambeau supérieur. La vessie est séparée de l'utérus comme dans le premier temps de l'hystérectomie vaginale.

2^o Incision de la paroi vaginale supérieure sur la ligne médiane.



FIG. 7.

Coupe sagittale demi-schématique de la fistule. Les deux gros traits noirs indiquent l'étendue de la libération des lambeaux.

La vessie est décollée du vagin sur une hauteur de trois centimètres.
Même libération latérale.

3. Adossement et suture des lambeaux vésicaux. Restauration du col utérin, suture du vagin.

Sonde à demeure. Pansements rares. Le résultat fut parfait. La guérison fut complète, sans retouche. Huit mois après l'intervention l'opérée pouvait rester cinq heures sans uriner. Nous insistons sur la nécessité d'avoir de grands lambeaux bien étoffés qui s'accolent d'eux-mêmes, sans tiraillement, sur l'utilité des sutures au moins pour les fistules larges, et sur l'importance des soins consécutifs.

Organes génitaux de la femme.

Le fibromyome du vagin. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale.* 1903, n° 387.

Le fibromyome du vagin constitue une affection assez rare et peu étudiée en France. Nous avons pu réunir environ 160 cas. Et c'est d'après la lecture de ces observations que nous essayons d'esquisser une étude d'ensemble.

L'étiologie de cette affection est obscure.

Les fibromyomes du vagin se présentent sous deux formes. Ils sont sessiles ou pédiculés. Leur volume est variable, on en a vu de volumineux pesant 5 kilos. Généralement ces tumeurs sont uniques. Dans quelques cas on a noté la coexistence de tumeurs fibreuses de l'utérus. Leur point d'implantation affecte de prédilection la paroi antérieure. A mesure qu'ils se développent ils déplacent les organes voisins, urètre, vessie, utérus, etc.

Leur constitution histologique est d'une façon générale identique à celle des fibromes utérins. Cependant dans deux cas (Tédénat, Kaschewarowa) on a noté l'existence de fibres musculaires striées.

analogues à celles que l'on rencontre dans l'utérus vers la fin de la grossesse. Les symptômes fonctionnels sont surtout liés au volume et au développement de la tumeur. Le coït est possible mais l'accouchement peut être très difficile, particulièrement dans les cas où le fibrome, sessile, constitue un obstacle invincible à la progression du fœtus.

Ces tumeurs doivent être extirpées dès qu'elles sont diagnostiquées. L'ablation facile dans les cas où le fibrome est pédiculé devient pénible pour les fibromes sessiles, surtout quand ils ne sont pas nettement encapsulés.

Tumeur kystique de l'utérus. *Echo médical du Nord.* 1899, p. 237.

Kyste uniloculaire de l'utérus, contenant quatre litres de liquide filant, couleur vert pomme. Hystérectomie abdominale. Guérison.

Carcinome papillaire de l'ovaire. *Echo médical du Nord.* 1899 p. 337.

Kyste dermoïde volumineux du ligament large. *Echo médical du Nord.* 1901, p. 325.

Ce kyste contenait dix litres de liquide brunâtre et 5 kilos de matière grasse, agglomérée sous forme de petits galets gros comme des noisettes et contenant soit des poils, soit des débris osseux.

Volumineux fibrome de l'ovaire, sans ascite. *Echo médical du Nord.* 1898, p. 306.

Nombre d'auteurs mettent au premier plan du tableau symptomatique des fibromes de l'ovaire, la formation précoce de liquide ascitique.

Nous avons revu à ce sujet un grand nombre d'observations, et cette revue suffit à nous démontrer que l'ascite est un phénomène absolument contingent au cours de l'évolution des fibromes de l'ovaire. La présence du liquide dans la cavité péritonéale traduit une réaction péritonéale, d'autant plus intense que la tumeur est plus mobile. La théorie de la compression n'est guère admissible quand on voit des tumeurs pesant 6 kilos n'amener aucun épanchement péritonéal, alors qu'un fibrome gros comme le poing produira une ascite notable.

Dans tous les cas, il faut considérer la présence de l'ascite comme un phénomène contingent, indépendant de la nature de la tumeur, et lié seulement à sa mobilité.

Membres.

Étude sur les luxations du scaphoïde et du semi-lunaire. *Press médicale.*
Paris, 1899.

À propos de deux cas de luxations du scaphoïde et du semi-lunaire observés dans les services de MM. les P^{res} Dubar et Folet, nous avons tenté d'élucider la pathogénie et le mécanisme de ces luxations.

Nous rappelons d'abord toutes les observations que nous avons pu recueillir et nous les classons de la façon suivante :

- A. Luxations isolées du semi-lunaire, en avant, en arrière.
- B. Luxations isolées du scaphoïde.
- C. Luxations du scaphoïde et du semi-lunaire.

Mécanisme. Ces luxations peuvent être produites par choc direct. Elles sont rares et d'un mécanisme facile à saisir.

Les luxations indirectes sont plus fréquentes.

Comment se produisent ces luxations ? De la lecture des



FIG. 3.

Cette figure diffère quelque peu de celles que l'on trouvera dans les traités classiques. Elle est la copie exacte d'une épreuve radiographique. — La ligne AB est la ligne suivant laquelle passent les coupes des figures 9 et 10.

observations, il résulte cette conclusion : chute sur la paume de

la main, luxation en avant; chute sur la face dorsale, luxation en arrière.

Cette proposition, qui se vérifie toujours en clinique, s'explique aisément, nous dirions même presque mathématiquement par l'anatomie.

Rappelons d'abord quelques rapports topographiques intéressants du scaphoïde et du semi-lunaire.

La figure 8 donne les rapports normaux des os du poignet. On voit que le troisième métacarpien avec le grand os forme une sorte de coin qui, sous l'influence d'une pression dirigée de bas en haut, agit sur le semi-lunaire et sur la portion supérieure et interne du scaphoïde. Les deux os peuvent être atteints, mais la figure montre que le semi-lunaire est le plus exposé et, en fait, les luxations du semi-lunaire sont beaucoup plus fréquentes.

Le scaphoïde échappe plus facilement, mais s'il participe au traumatisme, deux cas peuvent se présenter : ou bien l'os est entraîné tout entier avec le semi-lunaire (Duhar), ou bien l'extrémité supérieure sur laquelle porte seule l'action du grand os, se rompt et se luxé, pendant que l'extrémité inférieure reste en rapport avec le trapèze et le trapézoïde (Forgue).

Examinons maintenant un poignet en coupe sagittale suivant une ligne AB, passant entre le scaphoïde et le semi-lunaire.

Si l'on place la main en légère hyperextension, on voit que déjà dans cette position, qui ne dépasse pas les limites normales, les ligaments radio-carpiens sont tendus, et que le semi-lunaire fait saillie à la face palmaire de près d'un tiers de son volume.

Si nous fléchissons le poignet, nous voyons les mêmes phénomènes se passer à la face dorsale du carpe.

Ceci dit, supposons une force F, agissant obliquement sur le métacarpien (fig. 9). Cette force peut se décomposer en deux : l'une, f' , qui agit perpendiculairement au métacarpien, et par conséquent

augmente l'hyperextension et fait saillir davantage le semi-lunaire ; l'autre *f*, parallèle au métacarpien qui, par l'intermédiaire du grand



FIG. 9.

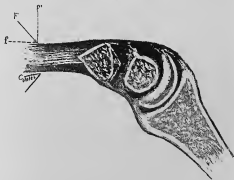


FIG. 10.

os, va pousser le semi-lunaire contre les ligaments radio-carpiens. Ces ligaments sont extrêmement résistants, aussi faut-il une force énorme pour les rompre. Mais, si la force dépasse la résistance, le ligament qui supporte seul le choc se rompt, et le semi-lunaire,

chassé comme un noyau de cerise, vient se loger à la partie antérieure de l'avant-bras.

Le mécanisme est identique pour les luxations dorsales. Le choc sur la face postérieure de la main se décompose également en deux forces, l'une perpendiculaire, qui augmente la flexion et la saillie dorsale du semi-lunaire, l'autre, parallèle, qui pousse cet os contre le ligament radio-carpien postérieur (fig 10).

Ce mécanisme explique la constatation clinique que nous formulions plus haut.

Les symptômes de ces luxations consistent surtout dans la présence en avant ou en arrière, dans l'espace interosseux d'une ou deux portions osseuses dures, fixes. Le radius et le cubitus sont intacts. On peut observer des lésions des parties molles. Dans les cas anciens il n'est pas rare de voir apparaître des névrites. On ne confondra pas ces luxations avec une fracture des os de l'avant-bras, des exostoses épiphysaires, un cal, un kyste synovial; dans les cas douteux la radiographie peut rendre de réels services.

Le traitement consiste essentiellement dans l'ablation des os luxés.

Arrachement de la phalangette et du tendon fléchisseur profond.
Bulletin médical du Nord, 1894.

Arrachement du médius et de son tendon fléchisseur. *École médical*.
1902, p. 596.

Étude sur le genu recurvatum consécutif à la coxalgie et sur le déplacement cunéen de la rotule. *Presse médicale*. Paris, 1899, p. 149.

Nous avons observé dans le service de M. le P^r Dubar un malade qui présentait à la fois un genu recurvatum, sur un membre atteint de coxalgie, guérie par ankylose rectiligne et un déplacement cunéen de la rotule.



FIG. 11.

Nous avons étudié successivement chacune de ces deux malformations.

A. — *Genu recurvatum*.

Cette déformation du membre serait d'après M. Campenon très fréquente chez les coxalgiques (la moitié des cas). Les autres chirurgiens ne donnent point pareille proportion.

M. Campenon incrimine l'âge du sujet, l'état général, la durée

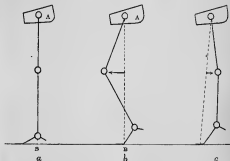


FIG. 12.

du séjour au lit, l'atrophie inégale des groupes musculaires, la position du membre, dont le genou porte à faux.

Mais quelle que soit la valeur de tous ces éléments étiologiques, nous ne les croyons pas capables de produire une déformation aussi intense. Beaucoup de coxalgiques, en effet, sont immobilisés en extension pendant douze, dix-huit, vingt mois et plus, et cependant on n'observe que très rarement de pareilles déformations.

Que ces diverses causes aient contribué à amorcer la malformation, nous n'en doutons pas, mais nous croyons que l'élément causal le plus important, et de beaucoup, réside dans le mécanisme même de

la marche. Le simple schéma ci-dessous nous le fera facilement comprendre.

A l'état normal, *a*, pendant la marche, l'axe mécanique (AB) du membre se confond avec l'axe anatomique, et repose sur le sol par deux points: le calcanéum et l'extrémité antérieure des métatarsiens.

Dans la coxalgie non traitée, *b*, avec ou sans raccourcissement, la cuisse se fléchit sur le tronc, la jambe sur la cuisse. Le pied ne repose plus sur le sol que par la pointe. L'axe mécanique passe en arrière de l'axe anatomique et l'on voit que la marche augmente la flexion.

Dans notre cas, au contraire, comment s'effectue la marche?

Le membre inférieur gauche, plus court de 13 centimètres, repose sur l'extrême pointe du pied. La hanche est ankylosée en rectitude. Il est facile de voir que dans ces conditions l'axe mécanique se trouve porté en avant de l'axe anatomique, et, par conséquent, la marche aura pour résultat d'augmenter l'hyperextension et le genu recurvatum, *c*.

Tout en reconnaissant une valeur réelle aux causes citées par M. Canipenon, nous croyons donc que la marche avec un membre raccourci et ankylosé en rectitude constitue le facteur étiologique le plus important de pareilles déformations. Le genu recurvatum sera d'autant plus prononcé que le malade marchera davantage.

Et pour le cas particulier qui nous occupe, il n'est pas inutile de rappeler que notre sujet était debout presque toute la journée et faisait une moyenne de 3 à 4 kilomètres par jour.

B. — Déplacement cunéen de la rotule.

Cette affection est très rare, ou du moins peu connue. Nous ne connaissons que le cas de Lannelongue.

Voici comment Lannelongue décrit cette affection :

« Dans l'extension, rien d'apparent; quand on met la jambe en

demi-flexion, la rotule ne fait plus de saillie. Elle s'enfonce et paraît



FIG. 13

avoir été retranchée du genou; alors, les parties saillantes des condyles du fémur viennent sous la peau, et là, il y a un plan osseux

en coup de hache. C'est que la rotule s'en est allée profondément dans l'articulation, beaucoup plus profondément qu'à l'état physiologique et elle y a pénétré en coin. »

Quelle est la cause de cette malformation? Cette cause est celle que Lannelongue a mise en lumière : le raccourcissement du ligament rotulien.

Le ligament rotulien du côté gauche était de 1 centimètre et demi plus court que le droit. Cette brièveté s'explique.

On sait que si la contraction musculaire a une action sur le développement des épiphyses, elle a une action non moins manifeste sur le développement des tendons. Or, pendant plusieurs années, les muscles extenseurs de notre malade ont été dans l'inaction absolue.

À l'heure actuelle encore, ce muscle se contracte peu pendant la marche. L'enfant, instinctivement, évite les fortes contractions de son triceps, pour ne pas reproduire son genu recurvatum. Il raidit son membre inférieur et avance tout le corps par une demi-rotation. Il n'est donc pas extraordinaire que le tendon rotulien se soit moins développé que du côté sain. Le tendon, étant plus court, attire plus bas la rotule et la fait pénétrer dans l'entre-bâillement fémorotibial.

Sur un cas de synovite à grains riziformes de la bourse séreuse trochantérienne sous-aponévrotique. *Revue médicale du Nord, 1900.*

Les bursites à grains riziformes sont très rares. Nous en avons observé un cas curieux au niveau de la bourse séreuse trochantérienne sous-aponévrotique. Le diagnostic est souvent difficile, car à ce niveau la bourse séreuse profonde, bridée par l'aponévrose, ne laisse guère percevoir les signes ordinaires présentés par les grains

hordéiformes dans les gaines tendineuses superficielles. La nature de ces bursites chroniques profondes n'est guère reconnue exactement qu'au moment de l'intervention.

Thérapeutique chirurgicale.

Études de thérapeutique pratique publiées en collaboration avec M. le P^r Dubar sous forme de consultations chirurgicales (1).

Coxalgie. *Écho médical du Nord*, 1901, p. 188.

Hémorragies utérines. *Écho médical du Nord*, 1901, p. 310.

Panaris. *Écho médical du Nord*, 1901, p. 540.

Appendicite. *Écho médical du Nord*, 1903, p. 173.

Étranglement herniaire. *Écho médical du Nord*, 1903.

Adénite tuberculeuse du cou. *Écho médical du Nord*, 1903.

Fractures de jambe. *Écho médical du Nord*, 1904.

B. — HISTOLOGIE

Contribution à l'étude des terminaisons des nerfs dans les glandes.

Travail de laboratoire d'histologie, présenté pour le prix des Amis de l'Université (1895). Resté inédit.

(1) Ces consultations ont été réunies en un volume intitulé : *Consultations médico-chirurgicales*, publiées sous la direction de M. le P^r COMBEMALE.

C. — MÉDECINE

Sur quelques formes bizarres d'hystérie. *Bulletin médical du Nord.* 1895.

Sur un cas de polyarthrite déformante. *Bulletin médical du Nord.* 1896, p. 185.

Un cas de leucémie (en collaboration avec M. Druchert. *Congrès de médecine de Lille*, 1899.

D. — HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Nicolas de la Framboisière et la médecine il y a trois siècles. *Echo médical du Nord.* 1899, p. 415, 451, 490.